LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Note sur deux cas d'anasarque chez l'enfant du premier âge, par M. A. Lesage. — **Clinique rhinologique** : Un cas de myxome télangiectasique de la cloison nasale, par M. Luc. — **Bibliographie** : Du vertige cardio-vasculaire ou du vertige des artério-scléreux, par M. Grasset. — **Revue de la presse** : Le symptôme pupillaire d'Argyll-Robertson. — **Académie de médecine** : *Séance du 4 novembre* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Traitement de l'ophtalmie sympathique. — Rapports de prix. — Causes du faible accroissement de la population en France. — **Société de chirurgie** : *Séance du 11 novembre* 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Traitement des fibromes utérins. — Salpingite suppurée. — Fistule recto-vaginale. — Gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 novembre* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier. — Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx. — Cancer latent de l'estomac. — Tic convulsif du voile du palais. — **Société médicale du bureau de bienfaisance** : *Séance du 9 juillet* 1890. — Présidence de M. Garnier. — **Memento pratique**. — **Variétés** : La Saint-Luc, par A. Corlieu. — **Nouvelles**. — **Bulletin bibliographique**.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur deux cas d'anasarque chez l'enfant du premier âge (1).

Par le Dr A. Lesage.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société clinique, deux observations d'anasarque chez de jeunes enfants.

Sous le nom d'œdème mou ou d'anasarque, dans les premières années de la vie, on a compris toute une série de faits disparates, qu'il est nécessaire de séparer et d'isoler. Il y a lieu d'étudier séparément et l'œdème chez les nouveau-nés durant les 15 premiers jours, et l'œdème chez l'enfant plus âgé, de 1 mois à 3 ans.

Chez le nouveau-né, on trouve signalés : 1° l'œdème sous-ombilical, consistant en une plaque d'œdème blanc, ferme, résistant, étendu de l'ombilic au pubis, et s'étendant vers les crêtes iliaques. Œdème des plus bénins, qui survient, dès la naissance, chez beaucoup d'enfants bien portants.

2° L'œdème décrit par M. le professeur Tarnier, chez les enfants nés avant terme et soumis au gavage. Cet œdème, qui survient surtout dans le gavage par le bouillon, disparaît spontanément quand on diminue la quantité d'aliments ingérés.

3° Des cas d'œdème avec prédominance de cyanose, qui surviennent dès la naissance ou dans les 10 premiers jours de la vie. Œdèmes dont la cause primordiale est, dans la majorité des cas, soit la faiblesse du cœur, soit un état d'atélectasie pulmonaire (l'enfant ne déplissant pas son poumon), soit une affection pulmonaire (bronchite ou broncho-pneumonie), ces deux affections sont ou non compliquées de thrombose de l'artère pulmonaire (Parrot, Hutinel). Dans quelques cas rares, une myocardite fœtale (Deume). En un mot, une difficulté dans la circulation cardio-pulmonaire, qui produit dans tout le système veineux, une *lenteur de circulation*, dont l'œdème est un signe. Cependant l'état du sang, à cet âge, et l'influence du refroidissement sur la périphérie, peuvent entrer en ligne de compte, dans l'apparition de ces œdèmes.

4° D'après le professeur Dumas (de Montpellier), certains œdèmes, dont la localisation aux membres inférieurs est plus évidente, œdèmes qui a tous les signes de la phlegmatia alba dolens, et qui relèvent d'une *thrombose des veines*, analogue à la *thrombose* fréquente des veines du rein et du cerveau à cet âge, dont M. Hutinel a fait une étude complète.

5° L'ictère (maladie spéciale à cet âge) peut être compliqué d'œdème (Parrot).

Chez l'enfant plus âgé, de 1 mois à 3 ans, on peut observer des œdèmes ou des anasarques *blancs*, qui relèvent de diverses causes, soit de néphrite, Scheltema (1), Vuger (2), Henoch (3), soit de tuberculose rénale, Parrot, M. Leroux (4), soit de cachexie (cancer du pancréas (Kühne) (5), leucémie (6), soit de compression par adénopathie (Hutinel) (7), Queyrat (8). Dans certains cas, on ne peut attribuer aucune étiologie précise à l'anasarque (de 1 mois à 3 ans). On lui donne le nom d'idiopathique. Nous avons l'honneur de présenter à la Société clinique deux cas d'anasarque que nous pensons pouvoir appeler idiopathique.

Le premier de ces cas a trait à un enfant masculin de quatre mois, né à terme, d'une mère bien portante.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

(1) *Acute nephritis nach Keuchhusten* (*Centralbl. für. Med. Wissenschaft*, 1888, n° 20.)

(2) Vuger. *Ueber Nephritis nach Varicellen* (*Wien. Med. Presse*, n° 41, p. 144, 1888.)

(3) Henoch. *Nephritis nach Varicellen* (*Traité des maladies des enfants.*) *Berlin. Klin. Woch.*, n° 2, 14 janvier 1884.

(4) Leroux. *Annales de la Tuberculose*, 1888.

(5) Kühne. *Ueber primares Pankreacarcinom. Berlin Klin. Med. Woch*, 1887, n° 27.

(6) Osler.

(7) Hutinel. Thèse Paris, 1877.

(8) Queyrat. Thèse Paris, 1886.

Poids à la naissance 3 kil. Sa santé fut bonne jusqu'au milieu du 3e mois. Nourri au sein de la mère durant 1 mois, l'enfant avait dû être soumis depuis à l'allaitement par le biberon. Malgré ce changement, l'enfant augmente de poids, si bien qu'au commencement du 3e mois, l'enfant pèse 4 kilog. 300.

Vers le milieu du 3e mois, l'enfant prend moins de lait, a moins d'appétit, devient un peu pâle. L'examen des organes ne démontre rien d'anormal. En quelques jours, sans qu'on puisse invoquer quoi que ce soit, ni la syphilis, ni la tuberculose, ni l'alimentation, ni le froid, (l'enfant est soigné chaudement), il présente de l'œdème des jambes, qui remonte jusqu'au bassin. Cet œdème est mou, le doigt y laisse facilement une cupule. Il est blanc, indolore à la pression. Nous ne trouvons aucun cordon le long des veines saphènes ni de la veine fémorale. Bientôt cet œdème gagne le dos et les reins à la partie postérieure. Aucune trace sur la région antérieure de l'abdomen ou de la poitrine. L'œdème gagne les paupières, la face et les mains. En tous ces endroits, il présente les mêmes caractères. Nous faisons coucher alternativement l'enfant à droite et à gauche, et l'œdème varie de siège avec l'inclinaison de l'enfant. La température est normale, 37° 4. Les viscères sont normaux. Il n'y a ni hydrothorax ni ascite, foie et rate normaux. L'enfant dort beaucoup, ne crie pas, il n'a pas de convulsions. Nous recueillons de l'urine (2 cent. cubes) qui ne contient pas d'albumine, ni sucre. L'examen pour chacune de ces substances a été pratiqué à l'aide de 1 cent. cube.

L'urine est brunâtre, fait effervescence avec l'acide nitrique. Nous notons sur les langes un liseré urinaire brunâtre. L'enfant ne vomit pas, prend peu de lait. Il n'a pas de diarrhée. Aucune éruption. Légère somnolence, absence de convulsions. Cet anasarque est ainsi observé durant quatre jours. Poids de l'enfant, en plein anasarque, 4 kil. 400. T. — 36,6 — Cours normal. Le 5e jour, tout en continuant l'alimentation par le lait stérilisé à la marmite américaine, nous donnons à l'enfant en plusieurs fois, en 24 heures, 80 grammes de café noir. L'enfant sort de sa somnolence et urine abondamment ; l'urine devient claire, limpide, et perd sa teinte foncée. L'anasarque disparaît durant ce traitement, en 24 heures. L'enfant, débarrassé de cet anasarque, est amaigri. Poids 3 kil. 600. Devant cette affection, et ne trouvant pas de cause évidente, même dans l'alimentation (il n'y avait pas de gavage, le lait était stérilisé et ingéré suivant toutes les règles de l'hygiène), nous donnâmes l'enfant à une nourrice. Rapidement l'enfant augmenta de volume, et depuis sa santé est très bonne. L'examen des viscères n'a rien démontré de pathologique.

Nous avons examiné le sang de cet enfant, nous n'avons trouvé que peu d'hématoblastes. Le nombre de globules rouges est de 4.650.000, celui des globules blancs de 5.752, la valeur de G. (teneur globulaire en hémoglobine), de 0,80. Devant cet examen du sang, nous ne pensons pas à une altération de ce milieu.

2e CAS. — La nommée V... Aline. N° 6.153, âgée de deux mois, entre le 10 décembre 1887, dans le service de M. Sevestre, aux Enfants-Assistés.

Cet enfant, à son entrée, présente de l'œdème des membres inférieurs, mou, incolore, non douloureux à la pression. Nous n'avons pas recherché le cordon veineux sur les fémorales (M. Dumas a publié depuis son mémoire). L'enfant pèse 2 kil. 600. Il est nourri par une nourrice de l'établissement. On ne trouve aucune cause, ni syphilis, ni tuberculose, ni éruption. L'enfant a-t-il eu froid? Nous l'ignorons. En tout cas, il ne présente aucune affection viscérale. Il tette bien, a quelques régurgitations, pas de diarrhée. Temp. — 36° 8. Le pouls est difficile à percevoir, car les mains sont un peu œdématiées. L'auscultation démontre un cœur normal.

Du 11 au 16 décembre, l'œdème se généralise avec les mêmes caractères de mollesse, de pseudo-fluctuation.

L'appétit est moins bon, l'enfant tette moins, a quelques vomissements. T. oscille entre 36°,5, et 37°5. Il n'y a pas de réfroidissement. Les viscères sont normaux, ni ascite, ni hydrothorax, ni compression cérébrale. L'urine (il s'agit d'une fille) n'a pu être examinée de son vivant (dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon), mais on remarque nettement sur le lange un liseré brun foncé. Il paraît émettre peu d'urine. Aucune éruption.

Le 16 décembre, au matin, l'enfant est somnolent, ne tette plus. Il n'a pas eu de convulsions, l'anasarque a augmenté et prend tout le corps (membres, face postérieure du dos). Il a toujours les mêmes caractères. On pense que l'enfant a dû avoir froid la veille au soir, au moment du change de linge. T, 36°4. Le pouls ne peut être perçu. L'auscultation montre que le cœur est normal. Les pulsations semblent moins fortes que la veille.

Le 16. — Somnolence. Pas de convulsions. Etat stationnaire 36°,4, 36°5.

Le 17. — L'enfant meurt en coma. L'examen du sang n'a pu être pratiqué à cause de l'anasarque.

Autopsie. — Faite six heures après la mort. Œdème sous-cutané, mou. Pas de sclérose. Pas d'oblitération veineuse. Viscères normaux, ni ascite, ni hydrothorax, les poumons présentent la teinte brune agonique aux deux bases ; ni bronchite, ni broncho-pneumonie, ni tuberculose, ni syphilis. Foie et rate normaux. On note un œdème de la pie-mère, très notable, œdème tremblotant, incolore. Les ventricules sont normaux. Cet œdème méningé paraît être la cause de la somnolence, du coma et de la mort.

Les reins normaux présentent simplement des infections uratiques. La vessie contient 4 cent. cubes d'urine chargée en infarctus, mais ne contenant ni sucre, ni albumine. *Absence de néphrite à l'examen microscopique.*

Le sang, à l'autopsie, nous paraît normal.

Des cas analogues ont été observés par divers auteurs, Wagner (1), Goodhart (2). Le premier relate six cas d'anasarque essentiels accompagnés de pâleur de la peau. Il est mou, prédominant aux membres inférieurs. La température est normale. L'urine est émise, normale, sans albumine.

Quand l'anasarque disparaît, l'enfant baisse de poids. Chez un de ces malades, la baisse fut de 3 kil.

Wagner a vu l'anasarque se reproduire, chez le même enfant, à chaque été, par exemple. Il disparaît spontanément, avec une poussée de diurèse ou de diarrhée.

La guérison survient dans la moitié des cas. Dans les autopsies qu'il a pu pratiquer, Wagner n'a rencontré aucune lésion.

Il fait remarquer que les enfants atteints de cet anasarque étaient soumis à l'allaitement artificiel. Il rejette la syphilis, le froid.

Goodhart relate deux cas identiques, dont la cause n'a pu être trouvée,

Barthez et Sanné dans leur traité ont observé 16 cas d'anasarque sans lésions à l'âge de 2 ans. Ils admettent l'origine : froid et une altération dyscrasique du sang. En faveur de l'origine froid, ces auteurs invoquent la fréquence de cette affection durant l'hiver. La coexistence fréquente de cette anasarque, *sans albumine*, avec de l'ascite peut faire penser, disent Barthez et Sanné, à l'origine rhumatismale. D'après ces auteurs, l'anasarque idiopathique peut s'établir brusquement avec ou sans fièvre ni anorexie, ou lentement, et insidieusement, sans fièvre, sa durée est de quelques jours à quelques mois. Il est plus ou moins intense, et accompagné encore d'épanchement dans les séreuses.

Nous avons lu toutes les observations de Parrot, mais les observations où ce maître a rencontré de l'œdème ont rapport soit à l'œdème des premiers jours, d'origine cardio-pulmonaire, soit à l'ictère.

Si nous recherchons quelles sont les causes qui ont pu produire l'anasarque, dans les deux observations précédentes, nous n'en trouvons aucune. Ni la syphilis, ni la tuberculose, ni une éruption cutanée, ni le froid n'ont pu être invoqués dans la première observation, L'état du sang ne permet pas d'attribuer l'anasarque à de l'anémie. L'alimentation artificielle peut être invoquée, mais elle était pratiquée très soigneusement, et il nous semble bien difficile de lui en attribuer la cause. L'œdème est rare et l'alimentation artificielle est si fréquemment pratiquée!

Dans le second cas, même absence de cause bien évidente. A l'autopsie, nous n'en trouvons pas l'explication. Le froid, au début, existe-t-il? L'enfant est entrée à l'hôpital en état d'asarque. En tout cas, on peut attribuer au froid la poussée terminale, qui a provoqué l'apparition de l'œdème cérébral. La cause réside-t-elle dans les infarctus uratiques que nous avons trouvés dans les reins? Il est bien difficile de l'affirmer. Ces dépôts sont si fréquemment observés chez l'enfant sans anasarque. Nous ne pouvons pas penser à l'excès d'alimentation (œdème de gavage).

Aussi ces deux anasarques nous semblent rentrer dans le groupe anasarque essentiel du premier âge.

(1) Wagner. *Die Sogenauute essentielle Vassersucht*. (*Deutsch arch. für Klin. medicin*), tome XLI, fascicule 6; *Arch. für Klin, med.*. Band. XLI, heft. 6., p. 509).

(2) Goodhart. *Guy's hospital Rep.*, 1884, p. 197.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Un cas de myxome télangiectasique de la cloison nasale (1).

Par le Dr Luc.

Ancien interne des Hôpitaux.

Je fus consulté, à la fin de juillet de l'année dernière, par M. K., homme d'une cinquantaine d'années, qui m'était adressé par mon excellent maître et ami, le D Gérin-Roze, pour une obstruction de la fosse nasale droite.

Il était facile d'apercevoir dans cette cavité, par le simple écartement de l'aile de la narine, une tumeur arrondie, de surface bosselée, mais lisse, de couleur sombre, peu mobile et paraissant s'implanter sur une partie assez élevée de la cloison par une surface large.

M. K. attribuait l'origine de son affection nasale à un coup de revers de main, reçu quatre mois auparavant sur le côté droit du nez, qui avait été suivi d'une vive douleur et d'une épistaxis prolongée.

Depuis lors l'épistaxis ne s'était pas reproduite et l'obstruction nasale unilatérale était le seul symptôme dont se plaignait le malade.

Ayant réussi assez facilement à passer autour de la tumeur l'anse froide d'un serre nœud à fil de fer de Zanfal, je pratiquai la section de la portion circonscrite avec une lenteur voulue et j'amenai au dehors un fragment, de la grosseur d'une cerise, présentant macroscopiquement l'aspect d'un polype muqueux creusé de petites lacunes pleines de sang; mais en raison de l'implantation sessile du néoplasme, je n'avais pu en extraire tout au plus que la moitié et, malgré la précaution que j'avais prise de serrer l'ansé lentement, la portion demeurée adhérente donnait du sang en abondance.

J'éprouvai de très sérieuses difficultés à me rendre maître de cette hémorrhagie au moyen d'un tamponnement très serré pratiqué avec de l'amadou et le malade conserva pendant plusieurs jours une grande faiblesse qu'attestait suffisamment l'abondance du sang perdu.

Quand, au bout de deux jours, j'enlevai le tamponnement, je trouvais l'hémorrhagie arrêtée. La fosse nasale était en grande partie obstruée par la portion

(1) Communication faite à la séance de la Société médicale du VIIe arrondissement du 28 octobre 1890.

de la tumeur demeurée adhérente et qui se présentait sous l'aspect d'une masse rouge bleuâtre, arrondie, tendue et élastique. Ayant ponctionné avec une aiguille fine la partie la plus tendue du néoplasme, je vis le sang s'écouler goutte à goutte par la piqûre, sans paraître avoir aucune tendance à s'arrêter spontanément. Il paraissait donc évident que j'étais en présence d'une tumeur vasculaire à circulation lacunaire,et afin d'éviter larépétition de l'accident qui avait suivi ma première intervention, je résolus de compléter mon opération en me servant cette fois de l'anse galvanocaustique.

Cette fois, toute hémorrhagie fut évitée, grâce, sans doute, au soin que je pris de n'élever que modérément la température de l'anse et de ne la serrer qu'avec une grande lenteur. La surface de plantation du néoplasme fut ensuite cautérisée avec un couteau galvano-caustique plat, porté au rouge sombre.

Mon ami, le Dr Dubief, à qui j'avais confié l'examen histologique du dernier fragment enlevé, avait l'obligeance de m'adresser, quelques jours après, les renseignements suivants :

« ... Les parties périphériques de la tumeur n'ont pu « être examinées d'une façon profitable, car la « majeure partie de la surface a été notablement désor- « ganisée par la calcination. Je ne puis donc indiquer « la nature ni l'état de l'épithélium qui était détruit « artificiellement. Le centre de la tumeur est au con- « traire bien conservé et permet un diagnostic précis : « c'est un *myxome télangiectasique*, autrement dit : un « myxôme contenant de larges cavités sanguines.

« Le stroma de la tumeur est formé de tissu mu- « queux, analogue au tissu de tous les polypes dits mu- « queux; l'intérêt se porte sur la présence des cavités « sanguines. Toute la tumeur est traversée par des « vaisseaux extrêmement dilatés, gorgés de sang. Ce « sont des capillaires n'ayant pour toute paroi qu'un « endothélium directement accolé au tissu muqueux. « En certains points, la dilatation de ces capillaires « est telle que l'on dirait un véritable tissu caverneux. « Ce n'est pas là une dilatation anévrysmale, car tout « ce tissu caverneux est revêtu d'endothélium et il s'agit « bien de capillaires dilatés.

« A côté de cela, un autre fait m'avait frappé dont « l'explication me semblait obscure : En certains points « il existait des hémorrhagies interstitielles, le sang « étant infiltré dans le tissu muqueux, sans être con- « tenu dans une paroi; j'avais attribué ces hémorrha- « gies au traumatisme chirurgical, mais en somme « l'examen histologique éclaire assez bien la chose, « étant donné le fait d'une tumeur molle avec un sys- « tème caverneux friable. D'autre part il est facile de « comprendre l'hémorrhagie déterminée par l'extirpa- « tion, les vaisseaux sectionnés restant béants et, par « leur nature même, ne pouvant se rétracter... »

J'ai observé, cette année même, un second fait semblable au précédent. Il s'agissait d'un jeune employé de commerce, âgé de 22 ans, et sujet, depuis plusieurs mois, à des épistaxis répétées se produisirent invariablement par la narine gauche.

Je reconnus, dans la fosse nasale de ce côté, la présence d'une tumeur grosse comme une noisette, insérée à la partie antérieure de la cloison et imparfaitement pédiculée; sa teinte était rouge bleuâtre, sa surface lisse légèrement lobulée, sa consistance élastique.

Instruit par le souvenir de mon premier fait, je me servis de l'anse galvano-caustique pour pratiquer l'ablation de la tumeur qui se fit heureusement sans perte de sang.

L'aspect du néoplasme était le même, à la coupe, que dans le premier cas : polype muqueux sillonné de petites cavités sanguines. Malheureusement la pièce fut égarée et l'examen histologique ne put être pratiqué.

La présence d'angiomes vrais dans les cavités nasales est un fait clinique assez rare. C'est un peu à la légère et sans contrôle anatomique que quelques auteurs ont appliqué ce terme à de petites saillies bleuâtres que l'on rencontre assez fréquemment, surtout à la partie antérieure de la cloison, chez certains individus sujets à des épistaxis répétées, parfois très abondantes. Nous en avons nous même observé un cas, il y a deux ans, dans le service de M. le professeur Dieulafoy et il suffit d'une simple cautérisation au nitrate d'argent de la saillie en question, qui n'était certes pas plus grosse qu'une tête d'épingle, pour obtenir l'arrêt définitif d'hémorrhagies qui avaient fini, par leur abondance et leur répétition, par mettre les jours du malade en danger. Nous pensons, avec Moldenhauer, qu'il s'agit moins là d'un angiome que d'une simple varice développée sur le trajet d'une vésicule de la cloison et dont les ongles du malade provoquent et entretiennent le plus souvent l'ulcération.

Nous répétons au contraire que la présence de l'angiome établie par l'examen histologique est chose rare. En feuilletant, en effet, les publications périodiques spéciales françaises et étrangères que nous possédons, nous n'avons trouvé mentionné que deux travaux publiés sur la même question.

Le premier, présenté en 1885 à la Société des laryngologistes américains par le Dr Rol, de Rochester, renferme, outre une observation personnelle, une liste des faits semblables que l'auteur a pu réunir; ils se réduisent à quatorze, dont dix observés en France et quatre en Amérique.

En 1888, Jarvis publia dans la premier numéro de l'*Intern. journ. of surgery and antiseptics*, une autre observation personnelle suivie aussi d'une liste des cas semblables rassemblés par l'auteur : ils sont au nombre de seize. Cette seconde liste n'est donc guère plus riche que la première.

Je n'ai pu jusqu'ici prendre connaissance de ces deux communications que par l'analyse donnée de la première par la *Revue mensuelle de laryngologie* (1886, p. 406) et de la seconde par le *Centralblatt für laryngologie* (1888-1889, p. 379).

J'attendrai que je sois en possession des journaux américains où ces articles ont paru *in extenso*, pour tenter, par une étude comparative des faits publiés jusqu'ici, d'esquisser une description nosologique de cette affection. Jusque-là tout essai de généralisation serait prématuré.

BIBLIOGRAPHIE

Du vertige cardio-vasculaire ou du vertige des artério-scléreux, par le professeur Grasset. — Leçons recueillies et publiées par le Dr G. Rauzier, chef de clinique médicale. (Montpellier, Camille Coulet; Paris, Georges Masson, libraires-éditeurs, 1890.)

Le professeur Grasset a étudié dans ces leçons cliniques une forme particulière de vertige associée à l'artério-sclérose. Ce vertige cardio-vasculaire doit être soigneusement distingué des autres formes de vertiges (auriculaire, stomacal, épileptique, etc.), car en dehors de ses particularités cliniques intéressantes, il offre un traitement à part. Après avoir donné une description sommaire des grands types cliniques du vertige jusqu'alors admis, le professeur nous fait un tableau fidèle de l'artério-sclérose qu'il ne faut pas confondre avec l'athérome, et de ses effets sur les principaux viscères. Diverses causes d'irritation déterminent d'abord le spasme des artérioles qui crée la tension artérielle exagérée. Cette hypertension d'abord intermittente au début, puis permanente, conduit à l'inflammation du vaisseau et à l'artério-sclérose. Telle est du moins la filiation d'une théorie sur laquelle a insisté Huchard. L'athérome n'est qu'une conséquence avancée de l'artério-sclérose. Cette tension artérielle exagérée, consécutive à l'artério-sclérose, se traduit par le renforcement du second bruit aortique.

Le danger de l'artério-sclérose est de déterminer à la longue certaines localisations viscérales, des scléroses qui compromettent gravement les fonctions des organes. Mais au début, ces troubles fonctionnels sont passagers, et surtout intermitents; le professeur Grasset les qualifie justement, par analogie, de claudication intermittente des organes. Ce trouble passager de la fonction peut, par suite d'une irrigation insuffisante, aboutir à sa suppression transitoire. Suivant la localisation prédominante de la sclérose artérielle sur un organe, cette claudication fonctionnelle se traduit par des symptômes du côté d'un seul organe. Comme exemples M. Grasset cite des observations typiques qui démontrent l'arrêt momentané des fonctions du rein et des troubles transitoires dans la fonction du cœur relevant de l'artério-sclérose. Mais parmi les localisations viscérales, c'est surtout sur l'artério-sclérose du système nerveux qu'il a cité des faits cliniques intéressants. Du côté de la moelle, on observe passagèrement des contractions, des paraplégies, des douleurs, des troubles de la sensibilité; du côté du bulbe, la respiration du type de Cheyne-Stockes, du côté du cerveau l'hémiparésie, l'amnésie, la fatigue cérébrale, l'amnésie, enfin le vertige que M. Grasset, dans son étude spéciale considère, comme un des signes par excellence de l'artério-sclérose au début, avant même tout trouble viscéral nettement localisé. Ce vertige peut être simple, c'est ce qui existe au début, mais il peut arriver aussi, dans les stades avancés de l'affection, que ce vertige soit accompagné de crises épileptiformes; à un troisième degré, le vertige cardio-vasculaire s'accompagne à la fois de crises épileptiformes ou syncopales et d'un pouls lent permanent. M. Grasset est entré dans des détails sur l'historique et sur la pathogénie de cette affection qui réclame un traitement spécial dans lequel l'iodure de sodium, la trinitrine et l'hygiène jouent un rôle important. Nous sommes loin d'avoir donné une analyse complète des leçons de M. Grasset, nous voulions seulement attirer l'attention sur ces pages, aussi intéressantes au point de vue clinique que soignées dans la forme.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

Le symptôme pupillaire d'Argyll-Roberston. — A la séance de février de la Société de médecine de Berlin, Mendel a fait une communication dont nous trouvons un résumé dans le *Centrallblatt für prakt. Augenheilkunde* (février 1890).

En 1869, Robertson le premier appela l'attention sur un symptôme particulier que l'on rencontrait chez les malades atteints d'affections du système nerveux. Sur des yeux dont l'acuité visuelle est nouvelle et qui ne présentent aucune apparence particulière, la pupille ne se contracte nullement sous l'influence de la lumière, tandis qu'elle se contracte sous l'influence de la convergence ou de l'accommodation pour des objets rapprochés. Ces faits furent confirmés par d'autres observateurs et Erb montra que ce symptôme se rencontrait spécialement dans deux maladies, le tabes et la paralysie générale des aliénés, et cela d'une façon si constante qu'il offrait une valeur considérable pour le diagnostic; c'est en effet un symptôme précoce et quelquefois il se montre le premier. Il faut donc le rechercher dans les cas douteux.

Il est naturel de se demander où l'on peut localiser un symptôme de cette importance et quelles sont les lésions du système nerveux avec lesquelles il est associé. Les affections du nerf optique ne le produisent pas, car le symptôme pupillaire d'Argyll-Robertson peut exister pendant des années sans qu'il y ait la moindre modification dans l'acuité visuelle; il ne peut être dû à des altérations dans la périphérie des nerfs oculo-moteurs, car on ne pourrait comprendre comment ces fibres nerveuses agissant sous l'influence de l'accommodation, restent insensibles à la lumière. On ne peut accepter que cette idée que la lésion réside dans ce qu'on appelle

l'arc réflexe central. Les premières recherches dans cette direction ont été faites par Flourens qui plaçait le siège de ce symptôme dans les tubercules quadrijumeaux où, d'après cette notion, l'influx nerveux passerait du nerf optique dans les nerfs oculo-moteurs. Cette opinion a été acceptée jusqu'à maintenant par les ophthalmologistes et Magnus trace ainsi la marche de l'influx nerveux : nerf optique, tubercules quadrijumeaux, noyau du sphincter de l'iris, et enfin tronc du nerf moteur oculaire commun. Cette notion est erronée, comme le montrent les expériences de Gudden qui enleva les corps quadrijumeaux sans observer aucun changement dans les mouvements de la pupille. Ces ganglions ne sont donc pas sur le trajet de la transmission nerveuse et Gudden place celle-ci dans le corps genouillé externe, mais sans offrir aucune preuve à l'appui de cette opinion. Mendel a enlevé l'iris aussi complètement que possible chez des animaux nouveau-nés, chiens, chats et lapins. La plupart de ces yeux furent détruits par la phtisie ou la suppuration; quelques-uns toutefois furent conservés sans présenter aucun affaiblissement de la vision. Tous ces résultats ont montré ce qui suit :

Dans les cas où, par suite de la destruction de l'œil, le nerf optique était atrophié, on trouvait dans le cerveau une atrophie manifeste du corps genouillé externe du côté opposé, résultats déjà obtenus par Gudden et ses élèves; mais on trouvait en outre, même lorsque le globe de l'œil était conservé, une atrophie du ganglion de l'habenula du même côté. Lorsque dans tous les cas où pendant la vie le seul symptôme anormal consiste dans l'absence des fonctions de l'iris tandis qu'après la mort on trouve une atrophie du ganglion de l'habenula du même côté, on est fondé à croire que ce ganglion est le centre des mouvements de l'iris. D'autres faits viennent montrer que c'est bien là le centre des mouvements réflexes, par exemple ce fait que les fibres pupillaires du nerf optique pénètrent en partie dans le ganglion de l'habenula.

En outre, Gudden, tout en regardant le corps genouillé externe comme le centre des mouvements de l'iris, rapporte que l'ablation des tubercules quadrijumeaux antérieurs ne produit aucun trouble dans les mouvements de la pupille, tandis que ce trouble est produit par l'ablation de la saillie qui est placée au devant d'eux. Cette saillie est précisément le ganglion de l'habenula. A l'appui de cette opinion, Mendel mentionne ce fait que Bechterew et d'autres auteurs sont arrivés par différentes voies à cette conviction que le centre des mouvements pupillaires réside dans les parois du troisième ventricule et surtout dans sa partie postérieure. Cette opinion s'accorde pleinement avec les résultats expérimentaux obtenus par Mendel.

Quant au trajet des fibres du ganglion de l'habenula jusqu'au nerf oculo-moteur commun, Mendel pense que les ganglions de l'habenula de gauche et de droite sont reliés entre eux par une commissure qui correspond à la partie inférieure de la commissure postérieure. Cela serait en rapport avec ce fait physiologique que les pupilles se contractent d'une façon symétrique. La commissure montrait un certain degré d'atrophie du côté du ganglion atrophié, on en suivait la trace dans la commissure postérieure, de sorte qu'on pouvait suivre à travers la commissure postérieure les fibres depuis le ganglion de l'habenula jusqu'au nerf oculo-moteur. En outre, il est remarquable qu'avec des altérations dans les pupilles, le noyau de l'oculo-moteur soit constamment normal. Mendel a trouvé toutefois dans l'accumulation de cellules qui forme le noyau de Gudden une différence entre les deux côtés. Ce groupe de cellules est situé au-dessous du noyau de l'oculo-moteur et Mendel trace ainsi l'arc réflexe central : rétine, nerf optique, bandelette optique, ganglion de l'habenula du même côté, commissure postérieure, noyau de Gudden, oculo-moteur et sphincter de l'iris.

Chez l'homme, on ne pourra se faire une opinion définitive qu'après avoir examiné avec soin dans le tabes et dans la paralysie générale des aliénés, le point exact qui est désigné par Mendel comme le centre pupillaire. Quelques observations, en partie confirmatives, ont déjà été publiées, quoique Moeli n'ait pu dans des cas où existait le symptôme de Robertson constater aucune atrophie de la commissure postérieure. Ce symptôme coexiste avec de la mydriase ou avec du myosis, il est cependant plus commun dans ce dernier cas.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1890. — Prés. de M. Moutard-Martin

La correspondance comprend : 1° une lettre de MM. le Dr G. Bertin et Picq, de Nantes, qui envoient un mémoire sur l'immunité contre la tuberculose, par la transfusion du sang de chèvre aux lapins; 3° une note sur les maladies inflammatoires de l'appareil digestif par le Dr O. Dubois, de Paris; 3° une lettre de M. le Dr Areille priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté sur un mode de traitement pour la guérison de la diphtérie et de la tuberculose par des inhalations microbicides; 4° une lettre de M. le Dr A. Favre qui adresse à l'Académie un pli cacheté sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sa curabilité; 5° un mémoire descriptif, sous pli cacheté, d'un système de purification des eaux, par M. J. Chambaud.

M. Bucquoy dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Mascarel, médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault, un mémoire intitulé : *contribution à l'étude de la dépopulation en France.* (Comm. M. Lagneau.)

M. Dujardin-Beaumetz présente un nouveau modèle de pulvérisateur produisant une poussière très ténue.

Traitement de l'ophthalmie sympathique. — Le Dr Ch. Abadie fait une communication sur un nouveau traitement de l'ophthalmie sympathique. Voici ses conclusions :

L'ophthalmie sympathique est une des affections oculaires les plus graves contre laquelle nous étions désarmés.

L'énucléation de l'œil blessé, faite à temps, était le seul moyen de sauver l'œil sain et bien souvent encore, malgré

cette mutilation, la cécité survenait complète, irrémédiable.

Aujourd'hui, la thérapeutique de cette redoutable affection doit être complètement transformée.

Lorsqu'à la suite de la blessure d'un œil, une ophthalmie sympathique se déclare sur l'œil sain, il faut cautériser vigoureusement les lèvres de la plaie au galvano-cautère et injecter dans l'œil blessé une goutte d'une solution de sublimé à 1 pour 1,000. Aussitôt les accidents sympathiques rétrocèdent dans l'autre œil.

Si une seule injection ne suffit pas, on peut la répéter au bout de quelques jours. Deux ou trois assurent généralement une guérison complète. (Comm. MM. Panas et Le Dentu.)

Rapports de prix. — M. Laborde lit le rapport sur le mémoire envoyé pour le prix Pourat.

M. Gariel lit le rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Buignet.

Causes du faible accroissement de la population en France. — M. Brouardel. Avant de chercher à augmenter les naissances, ce qui n'est au pouvoir d'aucun gouvernement, il faut d'abord tâcher de conserver les vivants, de diminuer la mortalité. Or, il meurt actuellement en France, par la variole, la fièvre typhoïde et autres maladies évitables, au moins 50,000 individus par an âgés de moins de 30 ans; c'est là l'une des causes les plus graves de la dépopulation.

Que doit-on faire pour y remédier? Il faut tout simplement rendre obligatoires la vaccination, puis la revaccination à certaines époques de la vie, afin d'échapper à la variole, et s'alimenter avec de l'eau non souillée pour éviter la fièvre typhoïde. C'est maintenant une vérité que personne ne songe plus guère à contester, que l'eau est le seul véhicule de cette dernière affection; on est en tout cas plus sûr d'obtenir un résultat prophylactique efficace en agissant ainsi.

Les preuves abondent pour démontrer l'exactitude de ces propositions. Dans les pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires (Allemagne, Angleterre, Danemark, etc.), il n'y a presque plus de variole. Dans notre armée, depuis que cette mesure y a été prise, bien que sa mise à exécution soit encore quelquefois imparfaite, on constate vingt fois moins de variole qu'auparavant. M. Proust l'a établi très nettement dans un rapport récent.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les exemples abondent aussi : on connaît les épidémies de Clermont-Ferrand, Joigny, Pierrefond, Auxerre, etc. Autrefois cette maladie existait à Vienne presque chaque année; du jour où fut établie une nouvelle canalisation soigneusement éloignée de tout contact impur, elle disparut. Il y a quelques années, durant l'hiver, les sources furent gelées; il fallut recourir aux anciennes; la fièvre typhoïde reparut. Plus près de nous, à Angoulême, depuis que de l'eau pure est uniquement distribuée dans toute la ville, on ne compte plus un seul décès par la fièvre typhoïde, alors qu'auparavant il y en avait au moins 80 par an. De même à Amiens, Rennes et dans d'autres villes.

C'est pourquoi je demande à l'Académie d'adopter les propositions suivantes :

La loi sanitaire en préparation doit rendre les revaccinations obligatoires; elle doit armer l'autorité de pouvoirs suffisants pour que les municipalités, à leur défaut le préfet ou le gouvernement, puissent assurer la salubrité publique des agglomérations contre les dangers qui résultent de l'usage d'une eau polluée.

M. Vallin veut insister sur la supériorité des eaux de source sur les eaux de rivière filtrées par n'importe quel procédé. A Angoulême, la fièvre typhoïde a diminué lorsque l'eau de la Charente a été filtrée, mais elle n'a disparu que lorsque cette eau a été remplacée par l'eau de source.

L'eau filtrée est toujours moins abondante, elle est beaucoup moins fraîche que l'eau de source, aussi dans les casernes les hommes délaissent-ils volontiers cette eau filtrée pour prendre de l'eau non filtrée, ou même de l'eau de puits, bien plus insalubre encore, à Angoulême au moins. Un filtre est toujours un pis-aller.

M. Brouardel partage l'avis de M. Vallin sur la valeur des meilleurs filtres. Si une épidémie de choléra tombe dans une ville considérée comme malsaine, comment donner de l'eau pure à toute la population? On y arriverait peut-être en faisant bouillir l'eau sous pression, c'est-à-dire en lui laissant ses gaz.

Il y a actuellement, dans un très grand nombre de villes, un mouvement pour amener des eaux pures.

M. Larrey. Il faut encore une certaine surveillance sur l'emploi de l'eau potable. Si on pouvait avoir la certitude que l'eau potable est toujours bien rationnée, on n'aurait pas à craindre les interruptions qui se produisent si souvent à Paris.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports sur les prix Pourat et Buignet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Traitement des fibromes utérins. — M Routier pense que le traitement par l'électricité doit être employé avec réserve, Il a opéré des femmes soi-disant guéries par l'électricité et qui n'avaient pas de fibromes. De même dans un cas de salpingite, la guérison déclarée l'était si peu que M. Routier dut enlever une grosse trompe suppurée. Le diagnostic devrait donc être précis.

Il divise les fibromes en 3 catégories : 1° ceux qui dépassent l'ombilic, qui sont énormes et accompagnés d'hémorrhagies. A ceux là il faut en général appliquer l'hystérectomie à moins que la castration ne puisse être faite, la tumeur n'étant pas gênante par son poids. M. Routier a pratiqué 12 hystérectomies, a eu 11 guérisons et 1 mort. Il a toujours laissé le pédicule au dehors. Ce chirurgien a supprimé les broches de fer à demeure, il suture le péritoine pariétal au péritoine du pédicule. Ce dernier reste en place. Les femmes opérées, sauf deux, avaient de 24 à 36 ans.

Dans la seconde catégorie, il faut ranger les fibromes hémorrhagiques. C'est la castration qui doit être pratiquée dans ces cas. C'est du reste une opération inoffensive. Il l'a pratiquée 14 fois et a eu 14 guérisons.

Enfin, dans la troisième classe, il faut réunir tous les fibromes petits ou gros qui ne sont ni douloureux, ni hémorrhagiques. Il n'y a pas d'intervention à diriger contre ces cas. Un traitement médical suffit pour attendre la ménopause.

M. Prengrueber aura surtout en vue les fibromes enclavés,

presqu'impossible à atteindre par l'hystérectomie. Chez deux malades portant des tumeurs de ce genre, la castration a parfaitement réussi. M. Prengrueber relate deux observations dans lesquelles cette opération a donné deux succès. Mais ici se rencontrent des difficultés particulières, il faut d'abord faire de la place pour atteindre les ovaires. M. Prengrueber déplaça la tumeur, la désenclava, lui fit subir un mouvement sur elle-même qui la fixa dans la cavité abdominale et fit cesser la compression sur les organes pelviens ; il put ensuite pratiquer facilement l'opération d'Hegar.

M. Segond veut viser uniquement un point : à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale est aujourd'hui semblable à celui de l'ovariotomie.

Si on consulte les statistiques, on voit qu'il n'en est pas ainsi.

M. Segond a pratiqué 17 fois l'hystérectomie abdominale chez des femmes gravement malades avec des tumeurs dépassant l'ombilic. Il y a eu 7 morts ; mais, chez 5 de ces malades, il y avait des complications telles que sarcome, généralisation de fibromes, etc. Dans les 12 autres cas, la tumeur était incluse dans l'utérus et les opérations parfaitement réglées. Sur ces 12 cas, il y a eu 2 morts et 10 succès. L'une de ces deux morts a été causée par une péritonite due à la réduction du pédicule, l'autre à des accidents hémiplégiques. Ces chiffres prouvent que le pronostic de l'hystérectomie est devenu plus bénin, mais on ne peut cependant pas le comparer à celui de l'ovariotomie.

M. L. Championnière veut défendre la même proposition que M. Segond. Pour sa part, M. Championnière trouve ce pronostic de l'hystérectomie grave et c'est pour cela qu'il cherche à appliquer et l'électricité et la castration. Certes, pour les fibromes pédiculés, la laparotomie est bénigne, mais quand il y a enclavement, envahissement des ligaments larges, le diagnostic est difficile et l'intervention devient grave suivant les lésions qu'on trouve. Le pronostic de l'hystérectomie est donc beaucoup plus grave que celui de l'ovariotomie et pour sa part il préférera toujours quand il le pourra la castration à l'extirpation de l'utérus.

M. Bouilly rappelle qu'on essaie les opérations palliatives avant de pratiquer l'hystérectomie, ce qui prouve que c'est une opération grave ; mais cependant il faut reconnaître que le pronostic de cette intervention s'est beaucoup amendé et qu'aujourd'hui le chirurgien peut entreprendre l'ablation de l'utérus avec plus de confiance.

Salpingite suppurée. — M. Marchand relate l'observation d'un cas de salpingite suppurée qu'il a opérée. La tumeur formée par la trompe remontait au-dessus de l'ombilic. La température s'éleva le second jour et M. Marchand dut enlever deux points de suture et drainer le cul-de-sac péritonéal. La malade guérit.

Cette tumeur est remarquable par son excessif volume. La paroi interne contenait des glandes. La paroi externe contenait deux zones de fibres musculaires. L'ovaire était appliqué sur la tumeur qui contenait 2 litres 1/2 de liquide.

M. Bouilly a opéré une femme qui portait deux tumeurs formées par les trompes et contenant chacune deux litres de liquide. M. Championnière a cité un cas où le liquide mesurait 1 litre 1/2. Ces grosses trompes suppurées sont très souvent silencieuses et moins douloureuses que des tumeurs plus petites. Ces faits sont signalés dans la thèse de M. Mordret.

M. Championnière est de l'avis de M. Bouilly. Ces salpingites sont lentes et indolores et à cause de cela ont été prises pour des kystes de l'ovaire.

Fistule rectovaginale. — M. Segond fait un rapport sur une observation de M. Felizet. Il s'agissait d'une fistule s'abouchant dans le rectum à 5 centimètres de l'anus. L'opération fut conduite de la façon suivante. L'incision prérectale de Nélaton fut pratiquée, puis le dédoublement du périnée fut fait. Le feuillet rectal fut alors sectionné sur une sonde cannelée comme dans la fistule à l'anus. L'ouverture antérieure vaginale guérit seule et l'incision faite se cicatrisa comme se cicatrise une fistule à l'anus opérée.

Ce procédé pratiqué il y a cinq ans se rapproche de celui de M. Quenu qui, lui, respecte le feuillet postérieur. M. Segond conclut en divisant les fistules rectovaginales en deux classes : celles situées haut qui doivent être traitées par des procédés tels que celui décrit par M. Le Dentu. Quant aux fistules bas situées, il existe un procédé infaillible, c'est celui de dédoublement du périnée, c'est la colpopérinéorrhaphie ; car les femmes qui portent une fistule ont un périnée très affaibli et elles n'ont qu'avantage à ce qu'en soignant la fistule on refasse un périnée solide et résistant.

M. Quenu pense que le périnée n'est pas toujours aussi mauvais que M. Segond a bien voulu le dire. Il faut donc non seulement envisager la hauteur de la fistule ; mais encore la largeur de cette fistule et l'état du périnée. Pour sa part M. Quenu pense qu'il vaudrait mieux dire trajet intra-sphinctérien et extra-sphinctérien.

Gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face. — M. Schmidt fait une lecture sur ce sujet.

M. le professeur Tillaux est élu membre honoraire.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx. — M. Merklen. Senator a décrit, sous le nom de phlegmon aigu infectieux du pharynx, une maladie aiguë, fébrile, caractérisée au début par un mal de gorge avec dysphagie bientôt accompagné de phénomènes laryngés, enrouement de dyspnée, puis de troubles cérébraux, maladie qui se termine rapidement par la mort. L'autopsie révèle, comme altération anatomique constante, une infiltration purulente dans les couches profondes de la muqueuse pharyngée avec propagation du côté du larynx. La seule cause connue est le refroidissement.

Ayant observé récemment deux cas de cette variété de phlegmon, j'ai été amené à constater qu'il ne s'agissait pas là d'une maladie nouvelle, et qu'elle avait déjà été décrite par différents auteurs, notamment par Cruveilhier sous le nom de laryngite sous-muqueuse, pas Sestier sous le nom de laryngite phlegmoneuse aiguë, etc.

La maladie débute par un simple mal de gorge, mais au bout de deux à trois jours apparaissent avec une dysphagie des plus pénibles des phénomènes laryngés menaçants : raucité de la voix et de la toux, dyspnée, cornage et bientôt accès de suffocation.

L'examen de la gorge permet à peine de constater de la rougeur des pilliers et des amygdales, rarement de la tuméfaction. Mais l'introduction du doigt révèle parfois

de l'épaississement de l'épiglotte, toujours de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

La température est élevée, le pouls fréquent. Les urines sont albumineuses et la rate est augmentée de volume. Enfin, dans un grand nombre de cas, les malades ont du délire.

Les menaces d'asphyxie et de suffocation sont telles que la trachéotomie devient nécessaire. Malheureusement cette opération ne porte remède qu'à la dyspnée, elle ne supprime ni la dysphagie, ni les symptômes généraux graves. Parfois une expectoration purulente annonce l'ouverture de l'abcès; mais ce symptôme n'est le signe d'aucune amélioration. Dans tous les cas rapportés jusqu'à présent, un seul excepté, les malades ont succombé, que la trachéotomie ait été faite ou nom. La mort survient habituellement vers le cinquième jour, rarement par une sorte d'asphyxie lente, le plus souvent par syncope, comme dans les diphtéries infectieuses.

A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente occupant le tissu cellulaire des gouttières latérales du larynx. Israël a trouvé des streptocoques dans le pus du pharynx et dans la rate. D'ailleurs, ce qui prouve bien qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, ce sont les altérations constatées du côté des viscères : néphrite parenchymateuse, tuméfaction aiguë de la rate, inflammation de la muqueuse gastrique. Du côté des poumons, on observe communément de la bronchite, de la congestion et de l'œdème, parfois de l'hépatisation pneumonique.

Le diagnostic est suffisamment caractérisé par la coexistence d'un œdème aigu de la glotte avec de la dysphagie, de la fièvre, de l'albuminurie, souvent du délire.

Deux maladies ont cependant des symptômes analogues : le *croup d'emblée* et l'*érysipèle primitif du larynx*. En ce qui concerne le croup d'emblée, le diagnostic est impossible jusqu'à l'apparition de l'expulsion des fausses membranes.

Pour Massei, on attribuerait souvent au phlegmon des laryngites qui sont érysipélateuses et la plupart des cas d'œdème primitif de la glotte ou de laryngite phlegmoneuse correspondraient à une localisation primitive de l'érysipèle sur le larynx. La seule différence réside dans la remarquable tendance au déplacement du gonflement érysipélateux, d'où la variabilité extrême de la dysphagie et de la dyspnée. D'après quelques observations récentes, l'érysipèle du larynx, contrairement au phlegmon, peut guérir après la trachéotomie. Au point de vue nosologique, il y a lieu de réserver la question de l'identité de nature de l'érysipèle et du phlegmon infectieux.

Le traitement du phlegmon du larynx et du pharynx a été jusqu'à présent inefficace. La trachéotomie peut prolonger l'existence, mais elle n'a pas encore sauvé de malades. Elle a toutefois l'avantage de supprimer une des plus graves conséquences de l'affection et permet d'agir ensuite localement sur la région malade à l'aide de pulvérisations, de lavages et de badigeonnages antiseptiques. Il faut aussi combattre les dangers de l'infection en soutenant les forces et en activant la sécrétion rénale par les injections sous-cutanées de caféine et l'introduction de grandes quantités de liquide par la voie rectale.

M. Rendu. J'ai observé autrefois un phlegmon infectieux du pharynx; une heure après l'incision de ce phlegmon, le malade mourut subitement. A l'autopsie on reconnut que toute la partie supérieure du plancher laryngo-pharyngé était infiltrée de pus. Le pneumogastrique était comprimé par les parties infiltrées et c'est là sans doute ce qui a causé la mort du malade. Il est même probable que c'est là une cause habituelle de la mort, car les malades meurent le plus souvent de syncope et non d'asphyxie.

M. Gouguenheim. Au cas unique de guérison cité par M. Merklen, il faut en ajouter un publié par M. Josserand (de Lyon).

M. Juhel-Rénoy. J'ai vu succomber, quelques heures après lui avoir fait une injection de 1/2 centigramme de morphine, un malade qui ne paraissait atteint que d'une amygdalite phlegmoneuse avec dysphagie excessive, mais sans phénomènes généraux bien marqués.

M. Netter. Dans deux autopsies d'angines infectieuses faites par M. Frænkel, le pus contenait des streptocoques. Dans un cas de Hanot, il existait en outre une pleurésie purulente à streptocoques.

M. Merklen. Les faits de Frænkel sont différents, au point de vue clinique, de ceux que j'ai décrits. Je crois, contrairement à l'opinion de M. Rendu, que la mort est plus souvent le résultat de l'infection proprement dite que d'une excitation du pneumogastrique.

Cancer latent de l'estomac. — M. Siredey présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de service qui, jusqu'à un mois avant sa mort, ne présenta aucun signe de cancer gastrique. Cependant, en palpant la région épigastrique, on percevait une tumeur volumineuse et indolore. L'autopsie établit qu'il s'agissait bien d'un cancer localisé au pylore et à la grande courbure, cancer qui n'a donné lieu à des troubles fonctionnels que trois semaines environ avant la mort de la malade.

M. Hayem. Il y a des cancers de l'estomac qui n'altèrent pas le chimisme de cet organe; on conçoit que dans ces conditions la cachexie ne se produise pas ou ne se produise que très tardivement. Il est également possible que la digestion intestinale remplace la digestion stomacale.

Tic convulsif du voile du palais. — M. Dieulafoy présente un malade de quarante-deux ans, gendarme, sans antécédents héréditaires, sans stigmates hystériques, atteint d'un tic spasmodique de la luette et du voile du palais. Ce tic date d'environ deux ans et ne détermine pas d'autre accident qu'une légère gêne de la phonation.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 9 juillet 1890. — Présidence de M. Garnier.

La Correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de remerciements de M. le Dr de Pradel; 2° une lettre collective de MM. Rotillon, Bonnot, Fissiaux, Mathieu, Hennoque et Gérard, médecins du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement, demandant leur admission dans la société. (Commission MM. Kinzelbach, Yvon et Brohon, rapporteur.)

La candidature de M. Barbulée mise aux voix après rapport favorable de M. Brohon est adoptée à l'unanimité.

M. Gibert annonce qu'il a adressé des tableaux de sta-

tistique à un médecin du bureau de bienfaisance de chaque arrondissement.

M. Le Coin pense que l'Assistance publique peut se charger de ce travail.

M. Gibert fait ensuite une communication sur ce qu'il a trouvé d'applicable à notre service des bureaux de bienfaisance dans l'organisation du même service à Bordeaux. Voici, d'après notre confrère, les modifications susceptibles d'être apportées :

1° Faire nommer dans chaque arrondissement, par ses collègues, un docteur chargé de centraliser le service médical, établir la statistique et servir d'intermédiaire entre ses collègues et l'administration, toutes les plaintes devront lui être adressées.

2° Faire tous les quatre ans la revision des circonscriptions médicales afin de maintenir autant que possible l'égalité du nombre des visites et des consultations.

3° Nommer des médecins adjoints appelés à devenir titulaires lors des vacances par décès ou démission.

4° Adjoindre des médecins spécialistes (chirurgie et gynécologie surtout).

5° Donner deux consultations par semaine.

M. Berrut fait observer qu'à un moment donné il avait été proposé d'instituer un service chirurgical par arrondissement.

M. Le Coin dit qu'on avait voulu aussi créer des médecins accoucheurs et on voit peu la nécessité d'attacher des spécialistes au bureau de bienfaisance.

On passe ensuite à la discussion des articles.

M. Le Coin appuie le premier article et demande que le médecin soit changé tous les mois.

Le premier article mis aux voix est adopté moins la partie relative à la statistique.

Le deuxième article est adopté avec cette rédaction : *faire tous les quatre ans la revision des circonscriptions médicales afin de maintenir autant que possible une répartition égale du service.*

Le troisième article (médecins adjoints) est adopté.

Le quatrième article (spécialistes) et le cinquième (augmentation du nombre des consultations) sont repoussés. (Voir l'extrait de la séance du 9 juillet dans le n° 37 du 12 septembre 1890, page 383, de la *France Médicale*.)

La réimpression des statuts est adoptée.

M. Berrut termine sa communication sur la femme et sur la loi de l'Eglise.

Le Secretaire
Dr G. Yvon.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des engelures. — Nous relevons dans le livre de M. Brocq sur le *Traitement des maladies de la peau* une série de modes de traitement contre les engelures. Comme traitement général, M. Brocq a employé deux fois avec un certain succès les pilules suivantes :

Sulfate de quinine et ergotine...	ää 0,05 centigr.
Poudre de feuilles de digitale...	un milligr.
Extrait de belladone.....	un milligr.

Pour une pilule.

Les deux malades, un enfant et une femme, prenaient, le premier deux de ces pilules, le second quatre par jour avant les repas. Ils ont commencé à les prendre d'une manière préventive au mois d'octobre et ils ont continué pendant tout l'hiver avec quelques intervalles de repos.

Comme traitement local, les topiques prescrits sont innombrables : on peut les diviser en : 1° lotions ; 2° pommades ; 3° collodions.

1° *Lotions.* — Quand les engelures ne sont point ulcérées, après avoir lavé les mains, ou sans les avoir lavées, on frictionne légèrement les parties malades avec une des préparations suivantes :

Alcool camphré ; puis on poudre avec : amidon, 90 grammes, salicylate de bismuth, 10 grammes ;

Mélange de Liebreich :

Alun.....	ää 5 grammes.
Borax.....	
Dissoudre dans :	
Eau de rose.....	300 grammes.

Mélange de Monin :

Glycérine pure.....	30 grammes.
Teinture d'iode.....	ää 1 gramme.
Teinture d'opium.....	

M. s. a.

Badigeonner trois fois par jour ;

Solution de nitrate d'argent au cent-cinquantième.

Mélange au quart d'eau de cannelle et d'eau distillée ;

Mélange excitant composé de : alcool camphré 50 grammes, alcoolat de Fioravanti 25 grammes, teinture de cantharides de 2 à 5 grammes.

Pour les engelures ulcérées, on emploie soit l'alcool camphré, soit le vin aromatique, soit la liqueur de Van Swieten, soit une solution faible de chlorure de sodium ou de chlorure de chaux.

2° *Pommades.* — Oindre une, deux ou trois fois par jour les parties malades avec une des préparations suivantes :

Borax.....	5 grammes.
Onguent simple.....	250 —
M. s. a.	
Huile camphrée.....	2 grammes.
Lanoline.....	20 —
M. s. a.	
Acide phénique.....	1 gramme.
Onguent plombique....	ää 20 —
Lanoline.....	
Huile amygdalienne.....	10 —
Huile de lavande.....	XX gouttes.
M. s. a.	
Alun calciné.....	2 grammes 50
Axonge.....	15 —
Pommade rosat.....	2 —
Iodure de potassium.....	1 —
Laudanum de Rousseau..	1 — 50
M. s. a.	
Graisse de bœuf.....	ää 25 grammes.
Graisse de porc.....	

Oxyde noir de fer..... } ââ 3 grammes.
Ess. de térébenthine... }
Essence de bergamotte.. 20 centigr.
M. s. a.

Térébenthine..... }
Cire jaune..... } ââ 10 grammes.
Pétrole..... }
M. s. a.

Nitrate d'argent..... 10 centigrammes
Pommade rosat..... 10 grammes
M. s. a.

Acide phénique..... 1 gramme
Iode pur ..... } ââ 2 —
Tannin pur..... }
Cérat..... de 50 à 30 grammes
M. s. a.

On ne peut guère se servir pour la figure de préparations au nitrate d'argent ou à l'iode; on prescrit alors une des quatre premières formules, ou de la pommade d'oxyde de zinc additionnée d'un peu d'acide phénique et de quelques gouttes d'essence de lavande.

Dans ces derniers temps, on a recommandé le sozoïodate de zinc incorporé au dixième dans de l'onguent simple ou de la vaseline.

Pour les engelures du nez, Monin conseille :

Beurre de cacao..... 40 grammes
Huile d'amande douce. 10 —
Acide citrique..... 50 centigrammes
Précipité blanc..... 30 —
Teinture de musc..... XX gouttes
M. s. a.

On a recommandé pour les *engelures ulcérées* l'onguent canet, l'onguent styrax, le liniment oléo-calcaire (excellent, surtout si on y ajoute un centième ou un deux centième d'acide phénique), enfin les deux pommades suivantes :

Axonge..... 15 grammes
Lycopode..... } 50 centigrammes
Tannin..... }
M. s. a.

Acide borique..... 1 gramme
Chlorydr. de morphine 10 centigrammes
Oxyde de zinc pulv.... 1 gramme
Vaseline pure..... 15 —
M. s. a.

° *Collodions et emplâtres.* — Contre les *engelures ulcérées* on a employé la collodion simple (Vidal), le collodion renfermant un quarantième d'iode métallique (Billroth), un collodion renfermant un vingtième d'iodoforme.

Pour les *engelures ulcérées*, on se sert de l'emplâtre d'oxyde de zinc d'Unna ou de l'emplâtre rouge de Vidal.

L'énumération précédente est plus que suffisante; nous ne pouvons mentionner tous les remèdes qu'on a préconisés, depuis l'urine du malade jusqu'aux tranches d'oignon trempées dans du wkisky, dont un médecin anglais, Campbell, dit s'être fort bien trouvé.

Conduite à suivre dans le traitement des engelures.

En présence d'un cas donné d'engelures, M. Brocq conseille d'abord de faire, au point de vue local, le traitement formulé par le Dr E. Besnier et qui est le suivant :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer : Essuyer;

2° Frictionner à l'alcool camphré;

3° Saupoudrer avec la poudre suivante :

Salicylate de bismuth. 10 grammes
Amidon..... 90 —
M. s. a.

4 Pour calmer les démangeaisons du soir lorsqu'elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine..... } ââ 59 grammes
Eau de roses..... }
Tannin..... 10 centigrammes

Puis poudrer avec la poudre n° 3.

5° Si elles sont ulcérées, les envelopper avec des feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude. Si l'on échoue, on aura recours aux diverses autres préparations dans l'ordre où elles ont été indiquées.

VARIÉTÉS

La Saint-Luc.

Sancte Luca, ora pro nobis.

Il y a cent ans aujourd'hui, 18 octobre, tous les docteurs régents de Paris, étaient réunis pour la dernière fois dans leur petite chapelle de la rue de la Bûcherie, pour assister à la messe de Saint-Luc, patron des médecins, et ancien médecin lui-même. Primitivement la messe était chantée dans l'église des Mathurins; mais la Faculté ayant fait construire une chapelle en 1499, c'est dans cette chapelle, aujourd'hui détruite, qu'avait lieu l'office religieux.

C'était une cérémonie imposante.

Plus de cent docteurs régents, doyen et *antiquior magister* en tête, se rendaient à la chapelle, en grand costume, — robe rouge, pélerine d'hermine et bonnet carré — et prenaient place sur les premiers bancs. Les étudiants, en robe noire, occupaient les derniers bancs et l'office commençait.

La présence à la messe était obligatoire et on ne devait pas arriver après l'évangile.

Ainsi le voulaient les statuts.

Cette messe était célébrée avec beaucoup d'apparat par le curé de Saint-Etienne-du-Mont, que les étudiants invitaient officiellement le samedi qui précédait la Saint-Luc. Elle était souvent chantée en musique et des donations avaient été faites dans cette intention. En 1646, les frais s'élevèrent à 400 livres tournois, aussi la musique fut-elle supprimée en 1647. La messe était suivie

d'un sermon de circonstance, après lequel le doyen s'avançait à l'autel pour offrir un petit présent au prêtre officiant.

Le lendemain de la Saint-Luc, on disait une messe pour les docteurs régents décédés. L'assistance était également obligatoire.

Quelles que soient l'opinion et la religion qu'on professe, on ne peut se défendre d'un sentiment de respect pour ces coutumes.

Toutes les corporations étaient sous l'invocation d'un saint : les apothicaires avaient pris pour patron saint Nicolas ; les chirurgiens avaient choisi les saints Côme et Damien ; les médecins étaient sous la protection de saint Luc et toutes les thèses soutenues à la Faculté étaient sous son invocation : *Deo optimo maximo, Virgini deiparæ et Sancto Lucæ.*

Pourquoi saint Luc était-il le patron des médecins ?

Saint Luc, né à Antioche, en Syrie, fut le contemporain, le parent et l'ami de saint Paul, qui le convertit au christianisme. Païen d'origine, juif de religion, il avait reçu une instruction soignée, avait appris la peinture et, d'après saint Paul et saint Jérôme, il était médecin. Il avait étudié la médecine en Grèce d'abord, puis en Egypte. Nous n'avons pas à le suivre dans ses voyages de propagande religieuse en Macédoine, à Rhodes, à Jérusalem, en Italie, en Gaule, en Asie Mineure. C'est l'affaire des hagiographes.

Saint Luc était le plus instruit des apôtres. Il écrivait en grec et, dans notre jeunesse, l'*Evangile* selon saint Luc était un livre classique dont on apprenait de mémoire deux ou trois versets chaque jour. Quoique son style fût plus pur que celui des autres évangélistes, on y trouve un certain nombre d'expressions qui viennent de l'hébreu ou du syriaque.

Saint Luc n'a pas été témoin oculaire des faits qu'il décrit : il raconte d'après ce qu'on lui a rapporté, car il n'a pas connu Jésus-Christ. Cependant, de tous les apôtres, il est, en tant que médecin, très curieux à lire quand il raconte les guérisons miraculeuses du Christ. De là aux phénomènes bizarres de la suggestion, il n'y a qu'un pas, et le médecin actuel de la Salpêtrière, vivant dans ces temps reculés, aurait peut-être passé pour un autre Dieu et eût été adoré ; au moyen âge, il eût passé pour un sorcier et aurait été brûlé.

Le Christ, dit saint Luc, *parlait avec autorité*, ce que font presque tous les suggestionneurs. Les guérisons rapportées par l'apôtre étaient nombreuses, mais nous pouvons nous demander avec une pointe de scepticisme si les succès étaient la règle constante et si l'on n'enregistrait que les guérisons, comme le font certains pseudo-statisticiens. Y a-t-il eu des récidives ? C'est encore ce que nous ignorons.

Dans le chapitre IV, saint Luc rapporte la guérison d'un homme *possédé du démon*. Ne serait-ce pas un hystérique ? — La guérison de la belle-mère de Simon, affectée d'une *fièvre forte*. Quelle espèce de fièvre ?

Dans le chapitre V, c'est un *lépreux* qui est guéri par la simple imposition de la main : c'est un *paralytique*, qui est guéri au commandement de « Lève-toi et marche ».

Dans le chapitre VI, c'est un homme dont la *main droite était sèche* (ξηράν) et qui guérit au commandement de : « Etends ta main (1). » Ce sont de nombreux individus *tourmentés* par *des esprits immondes*, guéris de la même manière ou par le simple contact des vêtements du Christ.

Saint Luc rapporte encore la guérison du serviteur du centenier, celle du fils unique d'une veuve qu'on allait inhumer prématurément, la guérison de cécité, de métrorrhagies, de léthargie, d'épilepsie, d'hydropisie, de lèpre. Mais les guérisons les plus nombreuses étaient celles des possédés du démon (épileptiques et hystériques).

Faut-il voir du miracle ou du nervosisme dans toutes les guérisons ? Ce n'est pas aujourd'hui le temps ni le lieu d'envisager cette question sur laquelle nous reviendrons.

Quelques-uns ont renié à saint Luc la qualification de médecin, prétendant qu'il avait été confondu avec un certain Lucius. C'est là une opinion qui nous paraît sans fondement sérieux. Saint Paul, dont saint Luc avait été le parent (συγγένης) le qualifie de médecin dans ses Epîtres aux Colosses, Λουκᾶς ὁ ἰατρὸς (IV, 15). Galien, dans le chapitre relatif aux Aphorismes d'Hippocrate, parle d'un certain Lucius ; mais malgré le rapprochement de noms, hâtons-nous de dire que ce Lucius était de Tarse et ne peut être confondu avec saint Luc, qui était d'Antioche.

Les écrivains sacrés ne sont pas d'accord sur l'époque précise de la mort. Pour les uns, il est mort à l'âge de 74 ans en Bithynie. Saint Jérôme écrit qu'il est mort à 84 ans, célibataire. Les uns disent qu'il est mort naturellement ; d'autres écrivent qu'il a été martyr. C'était à la fin du 1er siècle de l'ère chrétienne.

De même que les dieux du paganisme avaient des animaux emblématiques, on en attribua aussi aux quatre évangélistes. A part saint Mathieu, qui avait un ange, les autres avaient un aigle, un lion et un bœuf. Saint Luc avait le bœuf pour emblème ? Pourquoi ? Nous avouons notre ignorance à ce sujet. (*Par. méd.*)

A. Corlieu.

NOUVELLES

Le comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire de France

(1) Le mot ξηρά *signifie* desséché, raboteux, paralysé. Ne serait-ce pas une paralysie hystérique avec atrophie consécutive, dessèchement ?

Les derniers postes sanitaires de terre sont supprimés. Il ne reste plus à la frontière des Pyrénées que les postes des gares d'Hendaye et de Cerbère. Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des vaisseaux qui sont entrés dans nos ports a été de 65. Seize passagers arrivaient d'Espagne. Le nombre des désinfections pratiquées a été de 64.

Il est passé aux postes sanitaires de la frontière des Pyrénées, du 29 octobre au 4 novembre, 3,781 voyageurs, 379 opérations de désinfection ont été faites.

M. le docteur Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger.

L'épidémie s'étend dans les provinces du sud de l'Espagne. Dans la province de Séville, il existe plusieurs foyers : Etepa, Gilena, Gelvès et la Algaba. A Gilena, il y a eu 93 cas et 25 décès en deux jours. A Murcie, il y a eu, le 3 novembre, 13 cas et 16 décès. Cinq villages de cette province sont également contaminés. Dans la province d'Alicante, huit villages situés sur le cours de la rivière Segura et d'autres villages de l'intérieur de la province, sont également atteints. Dans la province de Valence, au contraire, l'amélioration continue.

En Syrie, le choléra continue à s'étendre. D'Alep il avait gagné Hama, et de Hama il vient de gagner Homs. Or, Homs n'est qu'à 125 kilomètres de Damas, à 180 de Beyrouth et à 95 seulement de Tripoli, de Syrie. Il y a eu, du 1er au 5 novembre, à Homs, 210 cas de choléra, dont 54 ont été mortels.

M. le docteur Grancher lit un rapport sur la question de savoir s'il y a lieu de créer en dehors de Paris des hôpitaux spéciaux pour les diphtériques. En voici les conclusions :

1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtériques;

2° Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphtériques;

3° Des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diphtériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre inoffensives les voitures;

4° Il y a lieu de recommander la création en dehors de Paris d'un service d'enfants diphtériques convalescents.

Le président annonce que le projet de loi relatif à la protection de la santé publique et dont nous avons indiqué les dispositions essentielles est prêt et que la commission spéciale en commencera l'étude samedi prochain.

Dans sa précédente séance, le comité consultatif avait voté les conclusions suivantes sur le rapport du docteur Chantemesse :

1° Il y a lieu de signaler particulièrement les dangers de la mobilité des poêles à combustion lente.

2° L'installation d'un poêle à combustion lente dans une pièce doit être précédée d'une enquête faite par l'architecte du locataire ou du propriétaire de la maison pour s'assurer que la ventilation de la pièce est suffisante, que le coffre de la cheminée ne communique pas avec celui d'autres cheminées voisines, enfin que des ouvertures telles que celles des ventelles dites de ventilation ne permettent pas aux gaz toxiques contenus dans le coffre de la cheminée de refluer dans la chambre.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 26 octobre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire pour prendre rang du 5 novembre 1890, et ont été maintenus à leurs postes actuels par décision ministérielle du même jour :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vincent, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Licht, du 11e cuirassiers; Bassères, du 9e d'infanterie; Viéron, du 14e d'artillerie; Bardot, du 2e chasseurs à pied; Augias, du 1er pontonniers; Guibbaud, du 2e pontonniers; Francillon, du 131e d'infanterie; Watrin, du 10e chasseurs à pied; Barbot, du 7e d'artillerie;

MM. Gary, du 12e d'infanterie; Piedpremier, du 9e cuirassiers; Delaborde, du 26e dragons; Lenez, du 30e d'infanterie; Mendès-Bonito, du 7e dragons; Lombard, du 63e d'infanterie; Barthélemy, du 61e d'infanterie; Cuche, du 30e d'infanterie; Fosse, du 21e chasseurs à cheval; Lansac, du 1er cuirassiers.

MM. Gaillard, du 16e chasseurs à cheval; Armynot du Chatelet, du 45e d'infanterie; Vitoux, du 25e d'artillerie; Danjou, du 7e cuirassiers; Lejeune, du 24e dragons; de Vernejoul, du 90e d'infanterie; Provendier, du 87e d'infanterie; Salis, du 77e d'infanterie; Ravoux, du 86e d'infanterie; Esprit, du 97e d'infanterie.

MM. Senesse, du 53e d'infanterie; Gilles, du 8e hussards; Deumie, du 117e d'infanterie; Sicard, du 143e d'infanterie Millière, du 27e d'infanterie; Habert, du 11e hussards; Dumont, du 68e d'infanterie; Michel, du 1er chasseurs d'Afrique; Gauillard, du 1er chasseurs à cheval; Cavalier-Senazet, du 64e d'infanterie.

MM. Pascal, du 88e d'infanterie; Cambours-Mouflet, du 110e d'infanterie; Dubar, du 1er d'infanterie; Guillaume, du 70e d'infanterie.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : le médecin principal Bonnafy.

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe Caradec, Frison, Maurin et Baissade.

Bureaux de bienfaisance de Paris. — Un concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de 11 heures à 4 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à 4 heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le concours de la médaille d'or des internes des asiles d'aliénés de la Seine vient de se terminer par la nomination de M. Marie, interne de deuxième année.

Projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. — M. César Duval, député, vient de déposer sur le bureau de la Chambre un rapport au nom d'une commission chargée d'examiner les propositions de loi :

1° De M. Edouard Lockroy sur l'exercice de la pharmacie;

2° De M. Ricard portant réglementation de la préparation,

du dépôt et de la délivrance des médicaments dans les dispensaires, hospices et autres établissements de l'Assistance publique ;

3° Le projet de loi relatif à la préparation et à la distribution, dans les établissements de bienfaisance, des médicaments destinés aux indigents.

Nous croyons utile d'extraire de ce projet de loi les articles qui modifient les conditions actuelles d'exercice de la pharmacie et ceux qui intéressent, directement ou indirectement, le corps médical dans ses rapports avec les pharmaciens.

Voici ces articles :

Art. 2. — Désormais, il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien.

Cet article supprime les pharmaciens de 2e classe.

Les raisons invoquées par le rapporteur sont, en somme, les mêmes que celles qui ont été mises en avant pour la suppression des officiers de santé.

Art. 10. — L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est interdit, même aux personnes pourvues du double diplôme, sauf l'exception prévue à l'article suivant.

Toute entente entre un pharmacien et un médecin, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle.

Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir sur place des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Art. 12. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivré par le pharmacien avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le Codex, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du Codex.

Aucun médicament simple ou composé de fabrication française ou étrangère ne pourra être livré au public sans que le nom ou la formule exacte et précise n'ait été déposée à l'Académie de médecine, si elle ne se trouve inscrite au Codex.

Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule.

Art. 13. — Sont exceptées des dispositions de l'article précédent les substances simples toxiques et les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignées dans le décret du 8 juillet 18[illegible] ou qui le seront, soit dans le règlement d'administrati[illegible] publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans l[illegible] décrets ultérieurs.

Ces substances ne pourront être délivrées par des pha[illegible] maciens que sur la prescription qui en sera faite par l[illegible] médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordo[illegible] nance.

Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, i[illegible] devront en livrer, s'ils en sont requis, une copie conform[illegible]

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pha[illegible] macie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de [illegible] pharmacie.

En outre, il sera dressé dans le *Codex* une liste de méd[illegible] caments dont chaque délivrance ne pourra être faite qu[illegible] sur une ordonnance nouvelle.

Art. 15. — Peuvent être librement vendus par des per[illegible] sonnes non pourvues du diplôme de pharmacien, certain[illegible] médicaments simples, d'un usage courant, ainsi que le[illegible] plantes médicales fraîches ou sèches dont la liste ser[illegible] insérée au *Codex*.

Il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

Art. 16. — Il est créé un corps d'inspecteur de la pha[illegible] macie.

Les inspecteurs seront nommés par le ministère compé[illegible] tent sur la présentation du Comité consultatif d'hygiène d[illegible] France.

Ils seront choisis parmi les pharmaciens ayant exercé l[illegible] pharmacie civile ou hospitalière.

Il y aura au moins un inspecteur par département.

Les inspecteurs seront assermentés et devront réside[illegible] dans le département dont l'inspection leur sera confiée.

Un règlement d'administration publique déterminera l[illegible] mode et les conditions d'exercice de l'inspection.

Art. 17. — Les associations commerciales et industrielles les sociétés de secours mutuels, les communautés, le[illegible] établissements de bienfaisance et ceux reconnus d'utilit[illegible] publique possédant un personnel nombreux, peuvent avoi[illegible] une pharmacie pour leur usage particulier seulement, e[illegible] sous la condition expresse de la faire gérer par un pharma[illegible] cien qui en aura la direction effective et exclusive.

Ne peuvent, lesdits établissements, associations et communautés, vendre ni même distribuer gratuitement en dehors de leur personnel, les médicaments autres que ceux dont la vente est libre en vertu de l'article 15.

Les pharmacies des hôpitaux et hospices doivent être pourvues d'un pharmacien. Celui-ci est autorisé à délivrer *gratuitement* des médicaments, sur l'ordonnance d'un médecin ou chirurgien des hôpitaux, aux malades qui se présentent à la consultation externe.

Tout pharmacien sera tenu de fournir, pour le compte de l'Assistance publique, hospices, bureaux de bienfaisance, communes ou départements, les médicaments destinés aux indigents.

Les conditions et les prix de ces fournitures seront arrêtés pour chaque département par un règlement d'administration publique.

Art. 19. — Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme de pharmacien délivré en France conformément à la loi, aura exercé la profession de pharmacien ou sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord dans l'exercice de cette profession, en dehors des cas prévus aux ar-

ticles 6, 8, 9 et 11 ci-dessus, sera puni d'une amende de 500 à 3.000 francs.

L'amende pourra être portée au double si le contrevenant est médecin.

Art. 21. — Tout pharmacien qui se sera associé soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, en contravention avec les dispositions de la présente loi, pour l'exploitation soit d'un remède isolé, soit d'une officine sera puni de la même peine que le contrevenant.

Art. 22. — Tout pharmacien qui, même pourvu du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, aura simultanément exercé la médecine et la pharmacie, sera puni d'une amende de 200 à 2.000 francs.

Art. 23. — Sera puni d'une amende de 500 à 2.000 francs tout pharmacien qui aura sciemment délivré des médicaments ou des substances médicamenteuses reconnues détériorées ou falsifiées.

Art. 24. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 à 1,000 francs, et, ce, sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou délit.

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. — La Société de prévoyance et chambre syndicale des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine, organe des pharmaciens vendant au détail, proteste de la façon la plus énergique contre le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Elle fait observer que l'exposé des motifs repose sur de nombreuses erreurs matérielles et que le but poursuivi ne sera pas atteint.

En effet, cet impôt qui, dans la pensée de M. le ministre des finances, devait frapper la spécialité, sera uniquement supporté par les *pharmaciens détaillants*, à moins qu'ils ne soient obligés de le faire retomber sur les malades, ce qui n'est certainement pas conforme aux intentions de l'auteur du projet.

Il serait en réalité bien difficile de demander aux pharmaciens de prélever ce nouvel impôt sur leurs modestes bénéfices. Contrairement à l'opinion courante, ces bénéfices sont très restreints, vu le chiffre peu élevé de leurs affaires et l'importance des frais généraux.

La chambre syndicale considère que cet impôt est mal défini, vexatoire et injuste.

Mal défini, parce que le projet n'indique pas et ne saurait indiquer où commence et où finit la spécialité. Ce manque de clarté sera, dans l'application la source de nombreuses difficultés.

Vexatoire, parce qu'il introduirait les agents du fisc dans l'officine des 8,000 pharmaciens qui, sous la garantie de leur diplôme, exercent une profession libérale.

Injuste, parce qu'il ne frapperait qu'une seule classe de citoyens, payant déjà, outre une patente plus élevée que celle des commerçants de détail, leur large part d'impôts de toute nature.

En résumé, cet impôt aurait le caractère d'une véritable loi d'exception contre laquelle la chambre syndicale des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine proteste énergiquement et contre laquelle protesteront à l'unanimité tous les pharmaciens français.

Pour la chambre syndicale : Le président, P. Cavaillés Le vice-président, J. Blaise ; Le secrétaire-général, H. Bocquillon-Limousin.

Société d'assurance mutuelle contre les accidents en pharmacie. — Cette société vient d'être fondée par l'Association générale des pharmaciens de France. Divers souscripteurs ont fait à cette société un don de 12.550 fr.

La lèpre aux îles Loyalty. — M. le médecin de 1re classe de la marine Miallaret, qui a été récemment envoyé en mission à Maré, y a constaté l'existence de la lèpre. L'île contient 49 individus atteints de cette maladie, sur une population de 5,000 habitants.

On prétend que la lèpre a été apportée à Marée, il y a une quinzaine d'années, par un missionnaire protestant revenant de la Nouvelle-Guinée.

Des mesures énergiques ont été prises pour arrêter la contagion. Sans que les indigènes y eussent apporté la moindre difficulté, les lépreux considérés à ce point de vue comme dangereux ont été dirigés sur le lieu choisi pour léproserie, à Harry ou Cabechis, à la presqu'île Roussin.

Cet emplacement présente toutes les garanties d'hygiène et de salubrité possibles, et les chefs de l'île se sont engagés à faire régulièrement porter des vivres aux isolés.

Il est permis d'espérer que, dans ces conditions, le mal sera promptement enrayé.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique médicale de la Charité.* — M. le professeur Potain a commencé le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 11 novembre 1890, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à 8 heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Foubert, chef de clinique, les vendredis à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Clinique médicale de l'hôpital Necker. — M. le professeur Peter a commencé son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 12 novembre 1890, à 10 heures, à l'Amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. — M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 11 novembre 1890, à 9 heures 1/2 du matin (hôpital Necker), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Alfred Fournier commencera les cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 14 novembre 1890, à 9 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre des cours : Les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'Amphithéâtre (10 heures).

Clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 novembre 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 12 novembre, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le jeudi 13 novembre 1890, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le

continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Tillaux a commencé le cours de médecine opératoire le lundi 10 novembre 1890, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 15 novembre 1890, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de la période arabe et des médecins arabes.

Conférences de physiologie.— M. Reynier, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 12 novembre 1890, à 5 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. Tuffier, agrégé, a commencé ses conférences le 13 novembre 1890, à 5 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences d'obstétrique. — M. Maygrier, agrégé, commencera les conférences d'obstétrique le mardi 11 novembre 1890, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Vente publique de livres d'histoire naturelle et de médecine. — Les 8, 9, 10 décembre prochain aura lieu à Paris, maison Sylvestre, 28 rue des Bons Enfants, à 8 heures du soir. la vente publique de livres composant la remarquable bibliothèque de feu le Dr Ripart. Cette importante bibliothèque comprend principalement des ouvrages de botanique dont un grand nombre sont très rares; nous citerons seulement :

Bruch et Schimpir. — Bryologia europee (6 vol.)
Bulliard. — (2 exemplaires.)
Tulasne. — Selecta fungorum.
Kuetzing. — Tabulæ phycologicæ.
Greville. — Flore cryptogamique d'Ecosse.
Champignons de Corda.
Champignons de Gilez.
5 séries des annales des sciences naturelles (Botanique et Zoologie).
Bulletin complet de la Société botanique de France de 1854 à 1877 inclus.
Prodomus de Candolle,
54 premiers fascicules des Icones de Jordon.
Règne animal de Cuvier, etc.

Des microscopes, des ouvrages de médecine, des instruments de chirurgie seront également vendus.

Le 11 décembre aura lieu la vente publique, à la même maison Sylvestre et à la même heure, d'une bibliothèque et des collections géologiques de M. X... Ces ouvrages et collections concernent particulièrement les terrains jurassiques inférieurs du Bone-Bed à l'Oxford-Clay.

Ces deux ventes seront faites par le ministère de M. Delestre, commissaire priseur, assisté de M. Emile Deyrolle, naturaliste, arbitre expert près le Tribunal de Commerce de la Seine. 46, rue du Bac, Paris, chez lesquels se distribue le catalogue.

Nécrologie. — Le Dr Théus, de Draguignan, reçu en 1882. — Le Dr Marée, ancien médecin principal de la Marine, officier de la Légion d'honneur, revenant de Paris, a été trouvé mort à Vannes dans un coupé lit du train qui est arrivé à Vannes mardi matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paul Ollendorf, éditeur.

Misères nerveuses, par le Dr E. Monin. — Un vol. in-18, 324 pages. Paris, 1890.

G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Traité clinique des maladies du cœur, par le Dr Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1891.

Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (années 1886-1890), par le docteur E. Lancereaux. — 1 vol in-8°, 4 francs.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. — 1 vol. in-18° avec 89 figures intercalées dans le texte, 4 francs.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur Jules Rochard, tome III, 2e fascicule ; *La ville souterraine*, par J. Rochard; *Les habitations*, par Léon Faucher et Richard. — 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte, 3 fr. 50.

G. Masson, éditeur, 120, Boulevard Saint-Germain.

Leçons d'Orthopédie : **Des traitements des déviations de la taille** (*sans corsets ni lits orthopédiques*), par M. le Dr J.-B. Reynier. Un vol. in-8 de 300 pages. — Prix : 6 fr.

Bulletin de la mortalité *du 2 au 8 novembre.* 1890 — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 25. — Choléra 0. — Phtisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 66.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 73.

Bronchite aiguë et chronique, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 84.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 52.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 35. — Suicides et autre morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 187. — Cause inconnues, 14.

Nombre absolu de la semaine, 1.006. — Résultat de la semaine précédente : 872.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — **Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.**

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc.

Les Pilules Rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.